

**STUDI KUALITATIF: FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI
PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN PADA TENAGA
KESEHATAN DI PUSKESMAS RAJA BASA INDAH DAN
PUSKESMAS KEMILING KOTA BANDAR LAMPUNG**

(Skripsi)

Oleh:

SALSABILA NURISLAMI



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2023**

**STUDI KUALITATIF: FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI
PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN PADA TENAGA
KESEHATAN DI PUSKESMAS RAJA BASA INDAH DAN
PUSKESMAS KEMILING KOTA BANDAR LAMPUNG**

Oleh

SALSABILA NURISLAMI

Skripsi

**Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
SARJANA KEDOKTERAN**

Pada

**Fakultas Kedokteran
Universitas Lampung**



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2023**

Judul Skripsi : **STUDI KUALITATIF: FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN PADA TENAGA KESEHATAN DI PUSKESMAS RAJA BASA INDAH DAN PUSKESMAS KEMILING KOTA BANDAR LAMPUNG**

Nama Mahasiswa : **Salsabila Nuristami**

No. Pokok Mahasiswa : 1918011096

Program Studi : **PENDIDIKAN DOKTER**

Fakultas : **KEDOKTERAN**



MENYETUJUI
1. Komisi Pembimbing

Ns. Bayu Anggileo Pramesona, S.Kep., MMR, Ph.D.
NIP. 198608022009031001

dr. Risal Wintoko, S.Ked., Sp.B.
NIP. 198503132010121004

2. Dekan Fakultas Kedokteran



Prof. Dr. Dyah Wulan Sunekar RW, S.K.M., M. Kes
NIP. 197206281997022001

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

Ketua

: **Ns. Bayu Anggileo Pramesona,
S.Kep., MMR, Ph.D.**



Sekretaris

: **dr. Risal Wintoko, S.Ked., Sp.B.**

Penguji

Bukan Pembimbing : **dr. Rasmi Zakiah Oktarlina,
S.Ked., M.Farm.**



2. Dekan Fakultas Kedokteran



Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar RW, S.K.M., M. Kes
NIP. 197206281997022001



Tanggal Lulus Ujian Skripsi: **1 Maret 2023**

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya, bahwa:

1. Skripsi dengan judul **“STUDI KUALITATIF: FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN PADA TENAGA KESEHATAN DI PUSKESMAS RAJA BASA INDAH DAN PUSKESMAS KEMILING KOTA BANDAR LAMPUNG”** adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut plagiarisme.
2. Hal intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, 1 Maret 2023

Pembuat Pernyataan,



Salsabila Nurislami
NPM. 1918011096

RIWAYAT HIDUP

Penulis merupakan anak perempuan yang dilahirkan di Metro pada tanggal 17 Januari 2001, sebagai anak dari Bapak Hasanudin, S.Pd. dan Ibu Septiana Rosdiati, S.Pd. Penulis merupakan anak semata wayang di keluarga ini.

Penulis menyelesaikan Pendidikan Taman Kanak-Kanak (TK) di TK Islam Syarif Hidayatullah pada tahun 2007, Sekolah Dasar (SD) penulis diselesaikan di SD IT Insan Mulia Kota Gajah pada tahun 2013, Sekolah Menengah Pertama (SMP) penulis diselesaikan di SMP IT Fitrah Insani Bandar Lampung pada tahun 2016, dan Sekolah Menengah Atas (SMA) penulis diselesaikan di SMA Muhammadiyah 1 Yogyakarta pada tahun 2019.

Pada tahun 2019, penulis terdaftar sebagai mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung melalui jalur Seleksi Bersama Masuk Perguruan Tinggi Negeri (SBMPTN). Selama menjadi mahasiswa, penulis pernah aktif mengikuti organisasi Forum Studi Islam (FSI) Ibnu Sina, *Lampung University Medical Research* (Lunar), dan *Centre of Indonesia Medical Student Association* (CIMSAs) FK Unila.

Bismillahirrahmanirrahim

*Aku persembahkan karya ini kepada
Ibu, Ayah, dan keluarga yang senantiasa
mendukung dan mendoakanku
sampai saat ini*

SANWACANA

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang yang telah memberikan rahmat serta karunia-Nya selama penyusunan skripsi ini sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul "Studi Kualitatif: Faktor-Faktor yang Memengaruhi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien pada Tenaga Kesehatan di Puskesmas Raja Basa Indah dan Puskesmas Kemiling Kota Bandar Lampung".

Dalam proses penulisan skripsi ini, penulis banyak mendapatkan bimbingan, bantuan, motivasi, kritik, dan saran. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis menyampaikan banyak terima kasih kepada:

1. Allah SWT. atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan perkuliahan dan skripsi ini dengan baik.
2. Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afraini, D.E.A.IPM., selaku Rektor Universitas Lampung.
3. Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar RW, SKM., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
4. Ns. Bayu Anggileo Pramesona, S.Kep., MMR, Ph.D., selaku Pembimbing I, yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dengan sebaik-baiknya serta memberikan saran dan motivasi sehingga penulis mampu menyelesaikan skripsi ini.
5. dr. Risal Wintoko, S.Ked. Sp.B., selaku Pembimbing II, yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dengan sebaik-baiknya serta memberikan kritik dan saran sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.

6. dr. Rasmi Zakiah Oktarlina, S.Ked., M.Farm., selaku pembahas skripsi, yang telah bersedia meluangkan waktu untuk memberikan kritik, saran, dan ilmu sehingga skripsi ini menjadi lebih baik.
7. Seluruh dosen FK Unila atas ilmu, pengalaman, dan motivasi sehingga penulis mendapatkan wawasan yang sangat berharga selama perkuliahan di FK Unila.
8. Seluruh staff dan karyawan FK Unila atas waktu dan bantuan yang diberikan sehingga skripsi ini dapat diselesaikan.
9. Tenaga kesehatan dan pihak yang terlibat di Puskesmas Raja Basa Indah dan Puskesmas Kemiling, telah memberikan fasilitas yang penulis butuhkan dan bersedia meluangkan waktu untuk menjadi responden dalam penelitian ini.
10. Orangtua penulis, Ayah Hasan dan Ibu Ros tercinta, yang telah membesarkan, merawat, menyayangi, mendidik, mendoakan, dan mendukung penulis dengan segala yang dimiliki tanpa henti.
11. Keluarga besar, yang telah mendoakan dan mendukung penulis selama ini.
12. Silvilia Walya Fayzanna, yang telah menjadi sahabat dan keluarga penulis yang senantiasa memotivasi, mendukung, menghibur, dan menemani penulis di saat susah maupun senang.
13. Sahabat, Jannah Fatinah Z. (Nana) dan Ghina Nisrina N., yang telah memberikan motivasi, dukungan, bantuan, dan menjadi sahabat berbagi keluh kesah, cerita, dan tawa selama berada di FK Unila.
14. Sahabat Lulus OSCE, Nana, Ghina, Tasya K., Nadya, Chindy, Haninovita, Nada, Ebil, Salsa A., Tias, dan Fitri, yang telah menjadi sahabat dalam belajar dan memberikan bantuan yang penulis butuhkan.
15. Naufal Yazid Al Rusydi, yang senantiasa mendukung, menghibur, memotivasi, dan membantu penulis dalam berbagai hal.
16. Sahabat semasa SMA, Tsabita, Adiba, Dea, Farah, Shaista, Devinta, Caca, Zola, Talitha, Shafira, dan Natasya, yang telah menjadi tempat bercerita, memotivasi, dan mendukung penulis selama ini.
17. Seluruh rekan angkatan 2019, Ligamentum&Ligand, yang telah memberikan bantuan dan dukungan selama perkuliahan di FK Unila.

18. Diri saya, yang telah memberikan upaya semaksimal mungkin, berusaha, belajar, dan berdoa, serta menjaga kesehatan fisik dan mental selama ini sehingga segala proses berjalan dengan lancar.
19. Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Allah SWT. memberikan rahmat dan balasan yang berlipat atas segala bantuan dan kebaikan yang telah diberikan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

Bandar Lampung, Februari 2023

Penulis,

Salsabila Nurislami

ABSTRACT

A QUALITATIVE STUDY: FACTORS INFLUENCING PATIENT SAFETY INCIDENT REPORTING ON HEALTHCARE PROFESSIONALS AT *PUSKESMAS* RAJA BASA INDAH AND *PUSKESMAS* KEMILING IN BANDAR LAMPUNG

By

SALSABILA NURISLAMI

Background: Incident reporting is carried out to reduce incidents and evaluate the patient safety system. In 2022, Indonesia's incident reporting rate is relatively low at 0.22%. This study aims to explore factors influencing patient safety incident reporting on healthcare professionals at *Puskesmas* Raja Basa Indah and *Puskesmas* Kemiling in Bandar Lampung.

Method: This study used a qualitative design with a case study approach, conducted at *Puskesmas* Raja Basa Indah and *Puskesmas* Kemiling on December 2022 – January 2023. Seventeen informants consisted of doctors, midwives, nurses, pharmacists, and the administrators of patient safety were recruited purposively. Data were collected through in-depth interviews and triangulation was conducted using in-depth interviews and report data from *puskesmas*. Data were then analyzed using thematic analysis.

Result: Supporting factors of incident reporting consist of motivation, positive attitude, and policies such as accreditation and SOPs. Conversely, opposing factors consist of comprehension of report types and procedure, facilities, rewards, information outreach and training. Triangulation with the administrators of patient safety revealed the same factors.

Conclusion: Factors influencing patient safety incident reporting on healthcare professionals were categorized into supporting (motivation, attitude, and policies) and opposing factors (comprehension, facilities, award, information outreach, and training).

Keywords: patient safety incident, patient safety, *puskesmas*, reporting

ABSTRAK

STUDI KUALITATIF: FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN PADA TENAGA KESEHATAN DI PUSKESMAS RAJA BASA INDAH DAN PUSKESMAS KEMILING KOTA BANDAR LAMPUNG

Oleh

SALSABILA NURISLAMI

Latar Belakang: Pelaporan insiden dilakukan untuk menurunkan insiden dan mengevaluasi sistem keselamatan pasien. Pada tahun 2022, tingkat pelaporan insiden di Indonesia relatif rendah hanya sebesar 0,22%. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi faktor-faktor yang memengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien pada tenaga kesehatan di Puskesmas Raja Basa Indah dan Puskesmas Kemiling Kota Bandar Lampung.

Metode: Penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif dengan pendekatan *case study* di Puskesmas Raja Basa Indah dan Puskesmas Kemiling pada bulan Desember 2022 – Januari 2023. Informan sebanyak 17 orang terdiri dari profesi dokter, bidan, perawat, apoteker, dan penanggung jawab keselamatan pasien direkrut secara *pusposive sampling*. Pengambilan data melalui *in depth interview* serta triangulasi dengan *in depth interview* dan data laporan di puskesmas. Analisis data menggunakan analisis tematik.

Hasil: Faktor pendorong pelaporan insiden yaitu motivasi, sikap positif, serta kebijakan seperti akreditasi dan SOP. Selain itu, terdapat penghambat pelaporan yaitu pemahaman tentang jenis insiden dan prosedur pelaporan, fasilitas, penghargaan, serta sosialisasi dan pelatihan. Triangulasi dengan penanggung jawab keselamatan pasien mengungkapkan faktor yang sama.

Kesimpulan: Faktor yang memengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien pada tenaga kesehatan dapat dikelompokkan menjadi pendorong (motivasi, sikap, dan kebijakan) dan penghambat (pemahaman, fasilitas, penghargaan, sosialisasi, dan pelatihan).

Kata Kunci: insiden keselamatan pasien, keselamatan pasien, pelaporan, puskesmas

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR GAMBAR	iv
DAFTAR LAMPIRAN	v
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusah Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat	4
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	4
1.4.2 Manfaat Praktis	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Keselamatan Pasien	6
2.1.1 Definisi Keselamatan Pasien	6
2.1.2 Tujuan Keselamatan Pasien	7
2.1.3 Standar Keselamatan Pasien	7
2.1.4 Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien	9
2.1.5 Sasaran Keselamatan Pasien	11
2.2 Insiden Keselamatan Pasien	13
2.2.1 Definisi Insiden Keselamatan Pasien.....	13
2.2.2 Jenis Insiden.....	14
2.2.3 Penanganan Insiden	15
2.3 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	15
2.3.1 Tujuan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	15
2.3.2 Alur Pelaporan Insiden	16
2.3.3 Mekanisme Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien.....	17
2.4 Analisis Matriks <i>Grading</i> Risiko.....	18
2.5 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	20
2.6 Kerangka Teori	29
2.7 Pertanyaan Penelitian.....	29

BAB III METODE PENELITIAN	30
3.1 Rancangan Penelitian.....	30
3.2 Tempat dan Waktu.....	30
3.3 Populasi dan Sampel.....	30
3.3.1 Populasi.....	30
3.3.2 Informan.....	30
3.4 Metode Pengumpulan Data.....	31
3.4.1 Jenis dan Sumber Data.....	31
3.4.2 Instrumen Penelitian	31
3.4.3 Teknik Pengumpulan Data.....	32
3.5 Pengolahan dan Analisis Data	32
3.6 Uji Validitas Data	34
3.7 Alur Penelitian	34
3.8 Etika Penelitian	35
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	36
4.1 Hasil Penelitian.....	36
4.1.1 Gambaran Umum.....	36
4.1.2 Analisis Tematik	37
4.2 Pembahasan	47
4.3 Keterbatasan Penelitian	59
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	60
5.1 Kesimpulan.....	60
5.2 Saran	60
5.2.1 Bagi Puskesmas Raja Basa Indah dan Puskesmas Kemiling.....	60
5.2.2 Bagi Tenaga Kesehatan	61
5.2.3 Bagi Peneliti Lain	61
DAFTAR PUSTAKA	62

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Penilaian Dampak.	19
2. Penilaian Probabilitas.....	19
3. Matriks <i>Grading</i> Risiko Insiden.	20
4. Tindakan Sesuai Tingkat dan <i>Bands</i> Risiko.	20
5. Karakteristik Informan (n=17).	36
6. Tema Berdasarkan Respon Informan.....	46

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Mekanisme Laporan IKP di Puskesmas	18
2. Kerangka Teori.	29
3. Alur Penelitian.	34
4. Aplikasi Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan.	43

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Penjelasan Sebelum Persetujuan

Lampiran 2. Lembar Persetujuan Setelah Penjelasan

Lampiran 3. Panduan *In Depth Interview*

Lampiran 4. Persetujuan Etik

Lampiran 5. Transkrip *In Depth Interview*

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keselamatan pasien adalah sebuah kerangka kerja terorganisir yang menciptakan budaya, proses, prosedur, perilaku, teknologi, dan lingkungan dalam perawatan kesehatan yang secara konsisten dan berkelanjutan menurunkan risiko, mengurangi terjadinya bahaya yang dapat dihindari, memperkecil kemungkinan kesalahan dan mengurangi dampak bahaya ketika itu terjadi (WHO, 2021). Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat pelayanan pasien menjadi lebih aman. Sistem ini terdiri dari asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11, 2017).

Insiden keselamatan pasien merupakan kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. Insiden keselamatan pasien dapat menyebabkan kematian, kecacatan, dan penderitaan bagi korban dan keluarganya. Kerugian tidak hanya berdampak pada korban dan keluarganya tetapi juga pada pelayanan kesehatan. Jika insiden yang terjadi terpublikasi, maka dapat menimbulkan turunnya kepercayaan publik kepada pelayanan kesehatan setempat. Petugas pelayanan kesehatan yang terlibat juga bisa menderita secara psikologis, memiliki perasaan bersalah yang dalam, serta mengkritik diri (WHO, 2021).

Pelaporan insiden merupakan langkah dalam keselamatan pasien yang dilakukan untuk menurunkan insiden dan mengevaluasi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien dengan berlaku adil (*just culture*) dan tidak

menyalahkan orang (*non blaming*) saat menerima laporan insiden. Dari laporan insiden, akan dilakukan pengkajian dan pemberian umpan balik (*feedback*) berupa rekomendasi untuk mencegah berulangnya kejadian yang sama (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11, 2017).

Berbagai negara melaporkan insiden keselamatan pasien yang terjadi pada setiap tahun. Menurut laporan pada *the National Reporting and Learning System* (NRLS), dari bulan Agustus 2021 hingga Juli 2022, terdapat 2.410.311 laporan insiden keselamatan pasien di Inggris (England NHS, 2022). Menurut data dari *Ministry of Health* (MoH) Malaysia, terdapat 151.225 insiden keselamatan pasien pada tahun 2021.

Di Indonesia, pada tahun 2016 terdapat 668 laporan insiden keselamatan pasien rumah sakit secara *online* (Gusman, 2017). Kemudian pada tahun 2022 terdapat peningkatan laporan insiden menjadi 4.918 dengan rincian kejadian tidak diharapkan berjumlah 1.717, kejadian tidak cedera berjumlah 1.525, dan kejadian nyaris cedera berjumlah 1.676 (KNKPRS, 2022). Data yang diberikan oleh Badan Pusat Statistik (2022) menunjukkan jumlah total sarana kesehatan di Indonesia pada tahun 2021 adalah sebanyak 22.213 yang terdiri dari rumah sakit, rumah sakit bersalin, poliklinik, dan puskesmas. Jika dihitung, persentase pelaporan insiden di Indonesia kurang lebih hanya sebesar 0,22%. Dengan demikian, tingkat pelaporan Insiden di Indonesia masih relatif rendah.

Idealnya, setiap rumah sakit melaporkan insiden yang terjadi secara eksternal ke Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP). Beberapa masalah yang diidentifikasi sebagai penghambat dalam pelaporan insiden antara lain persepsi bahwa laporan sebagai pekerjaan perawat, laporan disembunyikan karena takut disalahkan, laporan terlambat, dan budaya menyalahkan (KKPRS, 2015). Di dunia, terdapat tiga faktor penting hambatan pelaporan insiden yang terdiri atas faktor individu, faktor organisasi, dan faktor pemerintah. Penghambat pelaporan tersebut antara lain takut akan hukuman dan intimidasi, kurangnya pengetahuan mengenai prosedur pelaporan, kurangnya umpan balik positif

yang didapat dari pihak manajemen, dan belum ada kebijakan yang melindungi pelapor (Habibah & Dhamanti, 2020). Selain itu, kesadaran dan pemahaman tenaga kesehatan di hampir semua tingkatan terkait sistem pelaporan masih kurang (Dhamanti *et al.*, 2019).

Di samping itu, terdapat faktor yang menjadi pemicu bagi fasilitas pelayanan kesehatan untuk melaksanakan pelaporan insiden keselamatan pasien. Di antara faktor tersebut adalah masuknya pelaporan insiden keselamatan pasien dalam standar akreditasi fasilitas kesehatan tingkat pertama di Indonesia pada tahun 2021 (Kemenkes RI, 2021b). Pada tahun yang sama pula, Kemenkes RI mengeluarkan Aplikasi Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan sehingga memudahkan puskesmas untuk melaporkan insiden ke KNKP. Oleh karena itu, jika dibandingkan dengan jumlah laporan pada tahun 2016, terjadi peningkatan laporan yang signifikan pada tahun 2022.

Pelaporan insiden menjadi dasar pembelajaran dan perbaikan dalam pelayanan kesehatan sebagai upaya mencegah berulangnya kejadian serupa di kemudian hari (WHO, 2020). Penelitian kuantitatif mengenai insiden keselamatan pasien di rumah sakit sudah banyak dilakukan oleh beberapa negara di Eropa (Hindmarsh & Holden, 2022), Amerika (Yuan *et al.*, 2022), Afrika (Abraham *et al.*, 2022), Australia (Elliott & Fry, 2021), dan Asia (Al Hamid *et al.*, 2020; Amarneh & Al Nobani, 2022), termasuk Indonesia (Habibah & Dhamanti, 2020; Paramita *et al.*, 2020; Jenita *et al.*, 2019). Namun, penelitian kualitatif terkait faktor-faktor yang memengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien khususnya pada tenaga kesehatan yang bekerja di puskesmas tingkat pertama atau puskesmas belum banyak dilakukan di Indonesia. Maka, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Studi Kualitatif: Faktor-Faktor yang Memengaruhi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien pada Tenaga Kesehatan di Puskesmas Raja Basa Indah dan Puskesmas Kemiling Kota Bandar Lampung”.

1.2 Rumusah Masalah

Berdasarkan pemaparan pada latar belakang, rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Apa saja faktor-faktor yang memengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien pada tenaga kesehatan di Puskesmas Raja Basa Indah dan Puskesmas Kemiling Kota Bandar Lampung?”

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini yaitu untuk mengeksplorasi faktor-faktor yang memengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien pada tenaga kesehatan di Puskesmas Raja Basa Indah dan Puskesmas Kemiling Kota Bandar Lampung.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Bagi ilmu pengetahuan, penelitian ini dapat memberikan pengetahuan baru mengenai faktor-faktor yang memengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien pada tenaga kesehatan puskesmas yang dieksplorasi secara mendalam.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Universitas Lampung

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan baru mengenai faktor-faktor yang memengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien pada tenaga kesehatan puskesmas dan dapat menambah kepustakaan Universitas Lampung.

1.4.2.2 Bagi Puskesmas Raja Basa Indah dan Puskesmas Kemiling

Hasil penelitian ini dapat menjadi dasar bagi puskesmas untuk membuat kebijakan atau intervensi terkait peningkatan pelaporan insiden keselamatan pasien.

1.4.2.3 Bagi Tenaga Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat memberikan wawasan kepada tenaga kesehatan tentang pelaporan insiden keselamatan pasien dan faktor-faktor yang memengaruhinya serta mendorong tenaga kesehatan untuk berpartisipasi aktif melaporkan insiden keselamatan pasien.

1.4.2.4 Bagi Peneliti Lain

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber referensi bagi penelitian yang akan datang mengenai faktor-faktor yang memengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien pada tenaga kesehatan puskesmas secara kualitatif.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Keselamatan Pasien

2.1.1 Definisi Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien adalah pasien bebas dari bahaya yang seharusnya tidak terjadi atau yang berpotensi terjadi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Bahaya yang dimaksud meliputi penyakit, cedera fisik/psikologis, kecacatan, dan kematian (KKPRS, 2015). Menurut WHO (2021), keselamatan pasien adalah suatu kerangka kerja terorganisir yang menciptakan budaya, proses, prosedur, perilaku, teknologi, dan lingkungan dalam perawatan kesehatan yang secara konsisten dan berkelanjutan menurunkan risiko, mengurangi terjadinya bahaya yang dapat dihindari, memperkecil kemungkinan kesalahan dan mengurangi dampak bahaya jika terjadi.

Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang menjadikan pelayanan pasien menjadi lebih aman. Sistem ini meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11, 2017).

2.1.2 Tujuan Keselamatan Pasien

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017, keselamatan pasien diatur untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Tujuan tersebut dicapai dengan melakukan manajemen risiko pada setiap aspek pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan. Tujuan akhir keselamatan pasien dalam *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030* yaitu mencapai penurunan semaksimal mungkin dalam menghindari bahaya karena pelayanan kesehatan yang tidak aman secara global (WHO, 2021).

2.1.3 Standar Keselamatan Pasien

Seluruh fasilitas pelayanan kesehatan wajib menangani masalah keselamatan pasien. Dalam melaksanakan kegiatannya, dibutuhkan acuan yang dapat diterapkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan sehingga disusunlah standar keselamatan pasien. Terdapat tujuh standar keselamatan pasien sebagai berikut (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11, 2017):

a. Hak pasien

Standar ini mengatur bahwa pasien dan keluarganya memiliki hak untuk mengetahui rencana perawatan yang akan diterima dan hasil dari perawatan termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

b. Mendidik pasien dan keluarga

Mendidik pasien dan keluarga dapat dilakukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan melalui penyampaian informasi berkaitan dengan kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam perawatan. Pasien merupakan partner dalam pelayanan kesehatan. Keterlibatan pasien dalam perawatan akan meningkatkan proses pelayanan dan

keselamatan pasien. Oleh karena itu, pasien dan keluarga diharapkan dapat memahami informasi terkait pelayanan.

c. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan

Keselamatan pasien dijamin pada fasilitas pelayanan kesehatan dalam kesinambungan pelayanan dengan adanya koordinasi secara menyeluruh dimulai ketika pasien masuk hingga ketika pasien keluar, pelayanan yang sesuai kebutuhan pasien, dan komunikasi antar tenaga kesehatan yang baik.

d. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Fasilitas pelayanan kesehatan harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Pimpinan memiliki peran penting dalam program keselamatan pasien, antara lain mendorong dan menjamin dilakukannya implementasi program secara terintegrasi, mendorong komunikasi dan koordinasi antar unit, mengalokasi sumber daya yang adekuat, serta mengukur dan menganalisis kontribusinya dalam peningkatan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan.

f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Pendidikan dan pelatihan bagi staf di fasilitas pelayanan kesehatan secara berkelanjutan untuk mendukung kompetensi staf dan mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan kesehatan.

- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

Fasilitas pelayanan kesehatan merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal dan memastikan transmisi data dan informasi tepat waktu dan akurat.

2.1.4 Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017, tercantum bahwa setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan keselamatan pasien. Penyelenggaraannya dilakukan dengan membentuk sistem pelayanan yang menerapkan tujuh langkah pada keselamatan pasien yang terdiri atas:

- a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien

Staf terbaik sekalipun bisa melakukan kesalahan dan kesalahan tersebut terulang kembali di dalam fasilitas pelayanan kesehatan. Ketiadaan laporan dan umpan balik membuat staf lain tidak mendapatkan pembelajaran dari kesalahan yang pernah terjadi. Staf tidak berani melaporkan insiden karena budaya tidak terbuka di lingkungan dalam fasilitas pelayanan kesehatan dan budaya menyalahkan. Oleh karena itu, perlu dibentuk budaya yang adil dan terbuka serta tidak menyalahkan supaya staf merasa aman untuk melakukan pelaporan dan insiden dapat ditangani dengan baik.

- b. Memimpin dan mendukung staf

Langkah ini menegaskan pentingnya peran pemimpin dalam menjalankan keselamatan pasien. Pada setiap fasilitas pelayanan kesehatan seharusnya terdapat anggota eksekutif penanggung jawab keselamatan pasien. Pelaksanaan keselamatan pasien membutuhkan keterlibatan setiap orang sehingga butuh kepemimpinan yang kuat

dan kemampuan mendengar pendapat orang lain. Kegiatan yang dapat dilakukan seperti menumbuhkan etos kerja sehingga staf merasa dihargai dan mampu berbicara ketika insiden terjadi serta mengadakan program pelatihan tentang keselamatan pasien.

c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko

Keselamatan pasien merupakan salah satu komponen manajemen risiko. Sistem manajemen risiko membantu dalam pengelolaan insiden secara efektif. Harus ada integrasi antara keselamatan pasien, keselamatan staf, risiko keuangan, risiko lingkungan, dan manajemen komplain yang didukung oleh strategi manajemen risiko.

d. Mengembangkan sistem pelaporan

Keselamatan pasien tidak lepas dari sistem pelaporan yang berfungsi dalam pengumpulan informasi untuk dianalisis dan penyampaian rekomendasi atas laporan yang diberikan. Setiap staf harus mengetahui cara melakukan pelaporan baik internal maupun eksternal. Peran pimpinan adalah memastikan kemudahan melakukan pelaporan bagi staf.

e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien

Pasien dan keluarga merupakan partner dalam pelayanan kesehatan yang berperan penting dalam penegakan diagnosis yang tepat, pemilihan tatalaksana yang tepat, dan identifikasi KTD serta melakukan tindakan yang tepat. Apabila terdapat insiden yang terjadi, pasien dan keluarga harus terlibat. Komunikasi terbuka perlu dikembangkan bagi staf agar mampu memberikan informasi, pernyataan “maaf”, keprihatinan serta simpati, menghargai, dan mendukung pasien dan keluarganya.

- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien.
Masalah yang penting dipertanyakan ketika terjadi insiden yaitu bagaimana dan mengapa insiden terjadi. Penyebab terjadinya insiden dapat diketahui dengan melakukan analisis akar masalah (*Root Cause Analysis*). Dengan demikian, pembelajaran tentang insiden dapat dilakukan.

- g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.
Sistem keselamatan pasien dibuat agar bisa dilakukan pelaporan insiden, penilaian risiko, investigasi, audit dan analisis, sehingga didapatkan solusi untuk insiden yang sudah terjadi. Sistem ini dapat menjadi pembelajaran untuk meminimalkan terulangnya insiden. Selain itu, proses pembelajaran ini juga dapat diimplementasikan di fasilitas pelayanan kesehatan yang lain untuk mencegah kesalahan yang sama (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11, 2017).

2.1.5 Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran keselamatan pasien bertujuan meningkatkan perbaikan-perbaikan berkaitan dengan keselamatan pasien. Hal yang disoroti dalam sasaran keselamatan pasien yaitu kondisi yang bermasalah pada pelayanan kesehatan, memberikan bukti, dan memberikan solusi atas dasar nasihat para pakar. Sasaran difokuskan pada solusi yang dapat diterapkan pada seluruh sistem. Di Indonesia, berlaku Sasaran Keselamatan Pasien Nasional (SKPN) sebagai berikut (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11, 2017; Herikurniawan, 2020):

- a. Mengidentifikasi pasien dengan benar
Kesalahan berupa salah pasien mungkin terjadi pada semua aspek dalam diagnosis dan pengobatan. Maksud dari tujuan ini yaitu untuk

mengidentifikasi bahwa pasien merupakan orang yang dimaksud dan mencocokkan pelayanan serta perawatan dengan individu pasien tersebut. Prosedur identifikasi pasien memerlukan beberapa unsur, seperti nama, nomor identifikasi, dan tanggal lahir. Sedangkan, nomor kamar atau lokasi pasien tidak dapat digunakan dalam proses identifikasi.

b. Meningkatkan komunikasi yang efektif

Komunikasi efektif, berupa tepat waktu, akurat, lengkap, tidak ambigu, dan mudah dipahami oleh penerima pesan, dapat mengurangi kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat dilakukan melalui media elektronik, lisan, dan tertulis. Komunikasi yang rentan terjadi kesalahan adalah perintah pelayanan kesehatan yang diberikan secara lisan dan melalui telepon.

c. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai

Jika obat-obatan merupakan rencana terapi dalam proses perawatan pasien, pengaturan yang tepat sangat penting untuk memastikan terlaksananya keselamatan pasien. Obat-obatan yang harus diwaspadai adalah obat yang persentasi kejadian sentinelnya tinggi, obat yang berisiko tinggi terjadinya hasil yang merugikan, serta obat yang mirip dan terdengar mirip.

d. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar

Pembedahan salah lokasi, salah prosedur, dan salah pasien adalah kejadian berbahaya dalam pelayanan kesehatan. Kesalahan seperti ini mungkin terjadi akibat tidak efektif dan adekuat dalam komunikasi antar anggota pembedahan, kurangnya keterlibatan pasien, dan kurangnya prosedur dalam memastikan ketepatan lokasi pembedahan.

- e. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan
Pencegahan terjadinya infeksi dan kontrol terhadap infeksi menjadi tantangan pada pelayanan kesehatan. Peningkatan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan menjadi perhatian bagi pasien dan tenaga kesehatan. Infeksi yang umum terjadi seperti infeksi saluran kemih akibat pemasangan kateter, infeksi melalui aliran darah, dan pneumonia.

- f. Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh
Evaluasi risiko pasien terjatuh sangat penting dilakukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan dan juga mengurangi risiko pasien akibat terjatuh. Evaluasi yang dilakukan meliputi riwayat terjatuh, obat-obatan yang dikonsumsi, konsumsi alkohol, skrining gait dan keseimbangan, serta alat bantu jalan yang digunakan pasien.

2.2 Insiden Keselamatan Pasien

2.2.1 Definisi Insiden Keselamatan Pasien

Insiden keselamatan pasien merupakan kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11, 2017). Setiap situasi yang dapat mengakibatkan bahaya, termasuk penyakit, cedera, kecacatan, kematian yang tidak seharusnya terjadi merupakan definisi insiden keselamatan pasien menurut KKPRS (2015). Insiden adalah setiap penyimpangan dari perawatan medis biasa yang menyebabkan cedera pada pasien atau menimbulkan risiko bahaya, termasuk kesalahan, efek samping dan bahaya yang dapat dicegah (WHO, 2020).

2.2.2 Jenis Insiden

Jenis insiden yang dapat terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan yaitu (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11, 2017):

- a. Kondisi Potensial Cedera (KPC), yaitu keadaan yang sangat berpotensi dapat mengakibatkan cedera, tetapi belum menyebabkan insiden.
- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC), yaitu insiden yang tidak terpapar ke pasien sehingga tidak mengakibatkan cedera.
- c. Kejadian Tidak Cedera (KTC), yaitu insiden yang sudah terpapar ke pasien tetapi tidak mengakibatkan cedera.
- d. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), yaitu insiden yang menyebabkan cedera yang tak diharapkan pada pasien yang terjadi akibat tindakan atau akibat tidak ada tindakan dan bukan akibat *underlying disease*.
- e. Kejadian sentinel, yaitu suatu KTD yang menyebabkan kematian, cedera permanen, atau cedera yang berat yang bersifat temporer dan membutuhkan penanganan untuk mempertahankan kehidupan, baik secara fisik maupun psikis.

Dalam kerangka konseptual *International Classification for Patient Safety*, insiden dibagi menjadi tiga jenis (WHO, 2020):

- a. *Near miss*, yaitu insiden yang tidak mencapai pasien tetapi berpotensi menimbulkan bahaya.
- b. *No harm incident*, yaitu insiden yang mencapai pasien tetapi tanpa bahaya yang terlihat.
- c. *Harmful incident*, yaitu insiden yang menimbulkan cedera pada pasien.

2.2.3 Penanganan Insiden

Tujuan penanganan insiden yaitu untuk membuat peningkatan kualitas di pelayanan kesehatan dan pada sistem keselamatan pasien. Penanganan insiden dilakukan dengan dibentuknya Tim Keselamatan Pasien (Tim KP) di fasilitas pelayanan kesehatan oleh pimpinan dalam rangka melaksanakan kegiatan penanganan insiden. Kegiatan yang dilaksanakan oleh Tim KP yaitu pelaporan, verifikasi, investigasi dan analisis akar masalah dengan tidak menyalahkan, menghukum, dan mempermalukan pihak mana pun (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11, 2017).

2.3 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

2.3.1 Tujuan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Pelaporan insiden keselamatan pasien diatur untuk mencapai suatu tujuan. Tujuan secara umum yaitu menurunkan tingkat insiden keselamatan pasien, meliputi KPC, KTC, KNC, dan KTD, serta meningkatkan mutu dalam pelayanan dan keselamatan pasien. Sementara itu, tujuan pelaporan secara khusus meliputi internal dan eksternal sebagai berikut (KKPRS, 2015):

a. Internal

- 1) Sistem pelaporan dan pencatatan tentang insiden keselamatan pasien terlaksana.
- 2) Sebab terjadinya insiden dapat diketahui hingga akar masalahnya.
- 3) Pembelajaran dapat diperoleh sehingga berdampak pada perbaikan dalam pelayanan pasien dan mencegah kejadian terulang di kemudian hari.

b. Eksternal

- 1) Data atau peta nasional angka insiden keselamatan pasien berupa KTD, KNC, dan KTC dapat diperoleh.
- 2) Dapat menjadi pembelajaran bagi rumah sakit lain sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
- 3) Langkah-langkah praktis dapat ditentukan terkait keselamatan pasien untuk diterapkan oleh rumah sakit lain.

2.3.2 Alur Pelaporan Insiden

Alur pelaporan insiden keselamatan pasien telah diatur pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017. Pelaporan dilakukan secara internal kepada Tim KP dan secara eksternal kepada KNKP melalui Aplikasi Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

a. Alur pelaporan internal

- 1) Jika terjadi suatu insiden, wajib bagi staf segera menangani insiden tersebut agar menurunkan risiko akibat yang tidak diharapkan.
- 2) Kemudian staf harus melaporkan insiden dengan mengisi Formulir Laporan Insiden paling lambat 2x24 jam kepada atasan unit.
- 3) Atasan unit melakukan pemeriksaan laporan dan melakukan *grading* insiden. Tindakan yang kemudian dilakukan sesuai dengan hasil *grading*.
- 4) Apabila didapatkan grade biru dan hijau, atasan melanjutkan dengan investigasi sederhana.
- 5) Laporan insiden serta laporan hasil investigasi diserahkan kepada Tim KP.
- 6) Tim KP melakukan analisis ulang dan kemudian melakukan *regrading* bila diperlukan.

- 7) Namun, apabila didapatkan *grade* kuning atau merah, analisis dilakukan oleh Tim KP berupa *Root Cause Analysis* (RCA).
- 8) Dari hasil analisis tersebut, Tim KP dapat membuat laporan dan rekomendasi sebagai perbaikan dan pembelajaran bagi setiap unit.
- 9) Rekomendasi dan rencana kerja selanjutnya diserahkan kepada pimpinan. Sedangkan, rekomendasi untuk perbaikan dan pembelajaran disampaikan kepada semua unit di fasilitas pelayanan kesehatan.
- 10) Tim KP selalu melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan keselamatan pasien serta memerhatikan segala perbaikannya.

b. Alur pelaporan eksternal

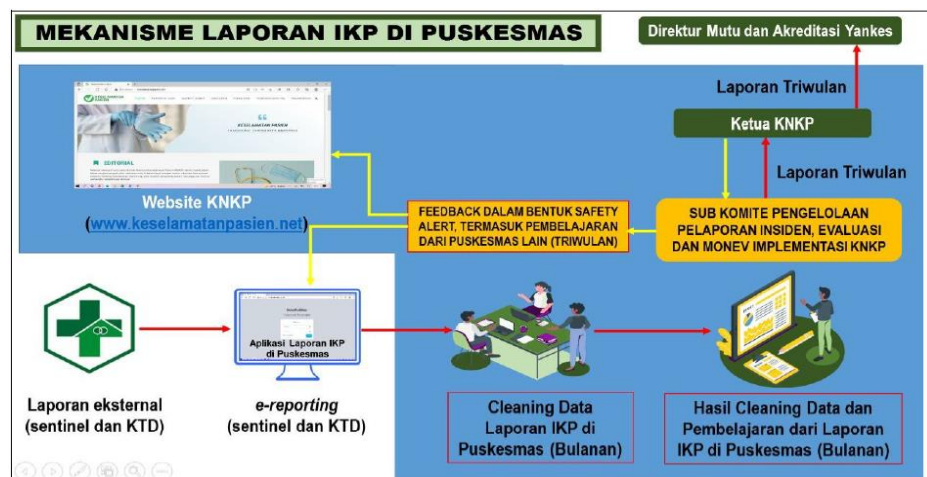
Setelah mendapatkan rekomendasi dari Tim KP, laporan insiden dilaporkan secara eksternal kepada KNKP. Pelaporan dapat dilakukan secara tertulis dengan mengisi formulir dan dikirim melalui pos atau secara *online* dengan mengunjungi situs resmi KNKP. Laporan insiden akan dikaji untuk kemudian diberikan umpan balik berupa rekomendasi supaya dapat mencegah kejadian serupa terulang kembali di fasilitas pelayanan kesehatan lain di Indonesia (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11, 2017).

2.3.3 Mekanisme Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 mengatur bahwa seluruh fasilitas pelayanan kesehatan termasuk puskesmas wajib menerapkan kegiatan keselamatan pasien. Fasilitas pelayanan kesehatan termasuk puskesmas harus melaksanakan kegiatan membuat laporan insiden keselamatan pasien kepada KNKP setelah dilakukan analisis dan mendapat rekomendasi dari Tim KP. Puskesmas harus melaporkan insiden ke KNKP baik secara *online* maupun tertulis. Saat ini, pelaporan

dapat dilakukan melalui aplikasi Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kemenkes RI, 2021a).

Ada empat tingkatan pengguna aplikasi Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan, yaitu pengguna tingkat puskesmas, tingkat dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, tingkat dinas kesehatan daerah provinsi, dan tingkat Kementerian Kesehatan serta KNKP. Mekanisme laporan insiden keselamatan pasien di puskesmas dijelaskan dalam **Gambar 1** (Kemenkes RI, 2021a).



Gambar 1. Mekanisme Laporan IKP di Puskesmas (Kemenkes RI, 2021a).

2.4 Analisis Matriks Grading Risiko

Penilaian matriks risiko merupakan metode penilaian melalui analisis secara kualitatif sehingga didapatkan tingkat risiko suatu insiden atas dasar dampak dan frekuensinya (KKPRS, 2015).

2.4.1 Dampak/Konsekuensi/*Severity*

Penilaian dampak yaitu seberapa berat akibat yang diterima pasien yang dinilai dari tidak cedera hingga menyebabkan kematian.

Tabel 1. Penilaian Dampak.

Tingkat Risiko	Deskripsi	Dampak
1	Tidak signifikan	Tidak ada cedera
2	Minor	- Cedera ringan, seperti luka lecet - Dapat diatasi dengan pertolongan pertama
3	Moderat	- Cedera sedang, seperti luka robek - Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual (reversibel), tidak berhubungan dengan penyakit.
4	Mayor	- Cedera luas/berat, seperti cacat atau lumpuh - Kehilangan fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual penyakit.
5	Katastropik	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

Sumber: (KKPRS, 2015)

2.4.2 Probabilitas/Frekuensi/*Likelihood*

Penilaian probabilitas/frekuensi risiko adalah seberapa sering insiden tersebut terjadi.

Tabel 2. Penilaian Probabilitas.

Tingkat Risiko	Keterangan
1	Sangat jarang / <i>Rare</i> (>5 thn/kali)
2	Jarang / <i>Unlikely</i> (>2-5 thn/kali)
3	Mungkin / <i>Possible</i> (1-2 thn/kali)
4	Sering / <i>Likely</i> (Bebrp kali /thn)
5	Sangat sering / <i>Almost certain</i> (Tiap minggu /bulan)

Sumber: (KKPRS, 2015)

Setelah data laporan insiden dikategorikan dampak dan probabilitasnya, tahap yang dilakukan kemudian melihat tabel matriks *grading* risiko (**Tabel 3**). *Bands* risiko adalah warna yang mengkategorikan derajat risiko yaitu warna biru, warna hijau, warna kuning, dan warna merah. Tindakan yang selanjutnya dilakukan bergantung pada *grading* atau *bands* tersebut (**Tabel 4**).

Tabel 3. Matriks *Grading* Risiko Insiden.

Probabilitas	Tidak signifikan 1	Minor 2	Moderat 3	Mayor 4	Katastropik 5
Sangat sering terjadi (Tiap minggu /bulan) 5	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Sering terjadi (beberapa kali/thn) 4	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Mungkin terjadi (1-<2 thn/kali) 3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Jarang terjadi (>2-<5 thn/kali) 2	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
Sangat jarang terjadi (>5 thn/kali) 1	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim

Sumber: (KKPRS, 2015)

Tabel 4. Tindakan Sesuai Tingkat dan *Bands* Risiko.

Level/Bands	Tindakan
<i>Extreme</i> (sangat tinggi)	Risiko ekstrim, dilakukan RCA paling lama 45 hari membutuhkan tindakan segera, perhatian sampai ke direktur.
<i>High</i> (tinggi)	Risiko tinggi, dilakukan RCA paling lama 45 hari kaji dengan detil dan perlu tindakan segera serta membutuhkan perhatian top manajemen.
<i>Moderate</i> (sedang)	Risiko sedang, dilakukan investigasi sederhana paling lama 2 minggu. Manajer / pimpinan klinis sebaiknya menilai dampak terhadap biaya dan kelola risiko.
<i>Low</i> (rendah)	Risiko rendah, dilakukan investigasi sederhana paling lama 1 minggu diselesaikan dengan prosedur rutin.

Sumber: (KKPRS, 2015)

2.5 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Setiap insiden yang terjadi harus dilaporkan dalam bentuk tertulis untuk mendapatkan rekomendasi dan sebagai pembelajaran sehingga kejadian serupa tidak terulang kembali (Kemenkes RI, 2021a). Ada beberapa faktor yang mungkin memengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien. Secara ringkas,

faktor-faktor yang memengaruhi perilaku dan kinerja individu terdiri dari variabel individu, variabel psikologi individu, dan variabel organisasi (Gibson *et al.*, 2011).

a. Variabel individu

Variabel individu dapat menjelaskan mengapa setiap individu memiliki perbedaan perilaku dan kinerja dalam bekerja. Variabel individu termasuk kemampuan dan keterampilan, latar belakang, dan demografi.

1. Kemampuan dan keterampilan

Kemampuan adalah sifat yang sudah dimiliki sejak lahir atau yang dipelajari oleh individu yang memungkinkan seorang individu melakukan sesuatu secara mental dan fisik. Keterampilan adalah kompetensi untuk melakukan suatu tugas, seperti keterampilan mengoperasikan komputer dan keterampilan mengkomunikasikan sesuatu. Kemampuan mental umumnya dapat dikatakan sebagai kecerdasan, seperti fleksibilitas, kfasihan, panalaran induktif, penalaran deduktif, memori asosiatif, dan pemahaman verbal. Kemampuan fisik yang dapat dimiliki oleh individu antara lain kekuatan, fleksibilitas tubuh, koordinasi tubuh kasar, keseimbangan tubuh kasar, dan stamina (Gibson *et al.*, 2011).

Pengertian lain kemampuan yaitu kapasitas seorang individu pada waktu ini untuk melakukan suatu tugas dalam suatu pekerjaan dengan dasar dua faktor, yaitu faktor intelektual dan faktor fisik. Kemampuan intelektual adalah kemampuan yang diperlukan untuk menjalankan aktivitas secara mental seperti memproses pikiran, menalar, dan memecahkan suatu masalah. Apabila pekerjaan yang dilakukan semakin kompleks, kecerdasan yang diperlukan agar bekerja dengan sukses semakin besar (Robbins & Judge, 2013). Kesesuaian antara pekerjaan dengan kemampuan yang dimiliki seseorang akan berdampak baik pada kinerja pekerjaan dan sebaliknya. Rendahnya

kemampuan dalam memenuhi tuntutan suatu pekerjaan akan menyebabkan kegagalan kinerja yang baik. Kemampuan yang lebih tinggi dari tuntutan pekerjaan menyebabkan organisasi tidak efisien dan pekerja mengalami ketidakpuasan (Gani *et al.*, 2020).

2. Demografi

Aspek demografi terpenting yang memengaruhi perbedaan yaitu gender dan ras. Perempuan dan laki-laki memiliki kemampuan belajar, memori, penalaran, kreativitas, dan kecerdasan yang sama. Kendati demikian, terdapat perdebatan bahwa laki-laki dan perempuan berbeda dalam kinerja dan ketidakhadiran. Perempuan lebih tinggi dalam ketidakhadiran karena alasan merawat anak, orang tua, dan suami yang sedang sakit. Selain itu, perempuan memiliki gaya kepemimpinan yang lebih bersifat partisipatif, berorientasi tim, dan karismatik daripada pria (Gibson *et al.*, 2011). Dalam hal ras, terdapat sebagian orang tidak nyaman melakukan interaksi kepada kelompok ras lain tetapi tidak demikian apabila ada skrip perilaku yang dapat menjadi panduan berperilaku. Isu ras berkaitan dengan manajemen pekerjaan yang mana individu cenderung mendukung kolega yang berasal dari ras sama pada evaluasi kinerja, keputusan promosi, dan peningkatan gaji, meskipun perbedaan tersebut tidak ditemukan secara konsisten, serta timbulnya diskriminasi di tempat kerja (Robbins & Judge, 2013).

3. Latar belakang

Tenaga kerja saat ini memiliki keragaman dari segi latar belakang budaya, bahasa, dan edukasi. Keberagaman adalah kata yang mendeskripsikan variasi budaya, suku, dan ras di sebuah populasi. Keragaman latar belakang budaya memungkinkan adanya perbedaan dalam nilai, etika kerja, dan norma perilaku. Selain itu, terdapat perbedaan dalam cara individu menanggapi permintaan untuk bekerja keras atau memperbaiki kesalahan (Gibson *et al.*, 2011). Pada kenyataan, keputusan yang diambil dipengaruhi oleh latar belakang

budaya pengambil keputusannya yang berpengaruh pada seleksi masalah, analisis yang mendalam, logika dan rasionalitas, dan gaya pengambilan keputusan baik secara otokratis maupun kolektif. Beberapa budaya berfokus pada pemecahan masalah, sementara budaya yang lain hanya menerima kondisi yang ada (Gani *et al.*, 2020).

b. Variabel psikologi individu

Variabel psikologi adalah sesuatu yang kompleks mencakup kepribadian, persepsi, sikap, dan nilai.

1. Persepsi

Persepsi adalah suatu proses kognitif yang seseorang menyeleksi, mengatur, menyimpan, dan menafsirkan suatu impuls dari panca indra ke dalam gambaran yang bermakna dan koheren. Setiap individu memberikan makna tersendiri terhadap suatu impuls sehingga individu yang berbeda memandang sesuatu dengan cara yang berbeda. Persepsi memengaruhi perilaku dan membentuk sikap.

Contoh bahwa persepsi memengaruhi perilaku yaitu manajer percaya setiap karyawan diberi kesempatan untuk melakukan penilaian tentang pekerjaan tetapi karyawan merasa sama sekali tidak memiliki kebebasan untuk membuat penilaian. Contoh lain yaitu manajer menganggap sebuah produk sudah berkualitas tinggi tetapi karyawan menganggap produk tersebut buruk, seorang karyawan dinilai oleh seorang rekan kerja sebagai orang yang pekerja keras tetapi oleh rekan yang lain dinilai pemalas, atau seorang karyawan memandang kondisi kerja sebagai hal yang menyebalkan tetapi karyawan lain menganggap pekerjaan adalah hal yang menyenangkan (Gibson *et al.*, 2011).

2. Motivasi

Motivasi berkaitan dengan arah perilaku, respons atau upaya seorang individu untuk mengikuti serangkaian tindakan, dan ketekunan perilaku

atau lamanya orang tersebut terus berperilaku. Motivasi berfokus pada berbagai faktor yang mendorong dan mengarahkan seseorang beraktivitas. Individu akan lebih tinggi motivasinya apabila kebutuhan hadir. Kebutuhan adalah kekurangan suatu hal pada suatu waktu tertentu pada individu yang bersifat fisiologis, psikologis, atau sosiologis. Kebutuhan adalah pemberi energi atau pemicu respons perilaku. Proses motivasi, seperti yang dikatakan oleh para ahli teori, mengarah pada tujuan. Mencapai tujuan yang diinginkan dapat memenuhi kekurangan kebutuhan.

Teori motivasi dibagi menjadi dua kategori yaitu teori konten dan teori proses. Teori konten berfokus pada berbagai faktor dari dalam diri seseorang yang memberi energi, mengarahkan, mempertahankan, dan menghentikan perilaku. Orang-orang tersebut mencoba menentukan kebutuhan dengan lebih spesifik sehingga memotivasi individu. Teori proses menunjukkan dan menganalisis tentang perilaku dipengaruhi oleh berbagai faktor yang berasal dari luar individu. Faktor dalam diri meliputi perasaan pencapaian, peningkatan tanggung jawab, dan pengakuan. Ketika faktor ini ada, maka terbentuk motivasi yang kuat sehingga menghasilkan kinerja yang baik dalam bekerja. Melakukan perubahan yang signifikan dengan meningkatkan motivator pada staf dapat mencegah terjadinya kinerja yang rendah (Gibson *et al.*, 2011).

3. Sikap

Sikap adalah positif atau negatifnya perasaan seseorang yang didapatkan, dipelajari, dan diproses dari pengalaman. Sikap merupakan keadaan mental yang menjadi penentu perilaku yang juga berkaitan dengan persepsi, kepribadian, dan motivasi. Sikap memengaruhi respon individu terhadap orang, objek, dan situasi. Aspek ini menjadi dasar emosional pada hubungan interpersonal dan identifikasi diri dengan orang lain. Seperti setiap variabel psikologis, sikap dapat berubah (Gibson *et al.*, 2011).

Sikap memiliki tiga komponen, yaitu kognisi, afek, dan perilaku. Afek yaitu komponen emosional yang hadir dalam sikap. Suatu penelitian menunjukkan bahwa individu menanggapi dengan emosi lebih tinggi ketika diberi pernyataan yang berlawanan dengan sikap mereka daripada ketika diberi pernyataan yang mendukung sikap mereka. Komponen lain yaitu kognitif memiliki elemen persepsi, pendapat, dan keyakinan. Dari elemen tersebut, keyakinan evaluatif pada diri seseorang menjadi elemen yang penting karena merupakan kesan menyenangkan atau tidak menyenangkan atas suatu objek. Sedangkan, komponen perilaku mengarah pada niat individu untuk berbuat sesuatu terhadap suatu objek melalui cara tertentu, misalnya ramah, hangat, agresif, atau apatis. Melihat sikap memiliki tiga komponen membantu dalam memahami kompleksitas dan potensinya (Robbins & Judge, 2013).

4. Kepribadian

Kepribadian seseorang tercemin dari bagaimana ia berlaku dan berinteraksi. Kepribadian merupakan seperangkat karakteristik, kecenderungan, serta perangai atau tabiat yang dimiliki seseorang yang telah terbentuk oleh karena diturunkan dan beberapa faktor seperti sosial, budaya, dan lingkungan. Kumpulan faktor-faktor tersebut dapat menentukan bagaimana perilaku setiap individu. Mempertimbangkan konsep kepribadian berguna dalam memahami perilaku seorang karyawan.

Untuk mendapatkan perspektif tentang kepribadian dan hubungan dengan perilaku, dilakukan dengan mengukur berbagai aspek kepribadian seperti *locus of control*. *Locus of control* menjadi penentu bagaimana perilaku seseorang berpengaruh terhadap apa yang terjadi pada diri orang tersebut. Terdapat dua macam *locus of control*, yaitu internal dan eksternal. Orang-orang yang memandang faktor yang mengendalikan hidup mereka datang dari dalam diri sendiri adalah

internal. Sementara itu, sebagian yang lain memandang kekuatan luar mengendalikan apa yang terjadi pada mereka dan mereka merupakan pion nasib tidak berdaya. Orang-orang seperti itu memiliki *locus of control* eksternal (Gibson *et al.*, 2011).

5. Kecerdasan emosional

Kecerdasan emosional seseorang mengacu pada kemampuan untuk memahami, mengevaluasi, mengekspresikan, dan mengatur emosi dan perasaan. Emosi adalah hasil dari reaksi terhadap suatu objek. Individu menunjukkan emosinya ketika mereka senang dengan promosi, sedih karena kehilangan kontrak kerja, atau marah karena perlakuan tidak adil yang diterima dari seorang manajer. Ketika bekerja atau melaksanakan tanggung jawab pekerjaan, pekerja terkadang harus mengekspresikan emosi yang dibutuhkan (Gibson *et al.*, 2011). Misalnya, perawat harus bersikap penuh perhatian, ramah, dan sopan. Di sisi lain, dokter harus menahan diri untuk menunjukkan emosi positif atau negatif, yang dapat menimbulkan dilema.

Pekerjaan yang menuntut keterlibatan emosi dengan frekuensi tinggi atau jangka panjang lebih menguras tenaga bagi karyawan. Jadi, keberhasilan seorang karyawan dalam memenuhi tuntutan emosional dari pekerjaan yang diberikan tidak hanya tergantung pada apa dan seberapa intens emosi yang perlu ditampilkan, tetapi juga tergantung pada seberapa sering dan untuk berapa lama. usaha tersebut perlu dilakukan. Orang yang mengerti emosi mereka sendiri dan pandai membaca emosi orang lain mungkin akan lebih efektif dalam mengerjakan pekerjaan mereka. Kemampuan seseorang untuk mengenali dan mengelola emosi mereka dan berempati kepada orang lain disebut dengan *emotional intelligence* (Gani *et al.*, 2020).

c. Variabel organisasi

1. Sumber daya

Sumber daya organisasi, seperti dana, ruang, bahan, dan waktu, harus memadai untuk mencapai rencana kesehatan. Jika sumber daya tidak terbatas, setiap bagian organisasi dapat mencapai tujuannya masing-masing. Namun, sumber daya yang terbatas membuat alokasi menjadi berkurang (Gibson *et al.*, 2011). Pengeluaran untuk kesehatan meningkat setiap hari di seluruh dunia. Penggunaan sumber daya yang efisien menjadi sangat penting diperhatikan (Yuksel, 2021). Karakteristik pekerjaan dan akses ke sumber daya yang cukup menentukan efektivitas suatu tugas untuk dikerjakan. Sumber daya yang adekuat menjadi faktor signifikan yang memengaruhi kinerja tim (Robbins & Judge, 2013).

2. Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah usaha menggunakan pengaruh untuk memotivasi individu untuk mencapai tujuan tertentu. Kepemimpinan yang efektif penting dalam memperoleh kinerja individu, kelompok, dan organisasi (Gibson *et al.*, 2011). Kepemimpinan sangat penting dalam sistem multitim, di mana tim yang berbeda mengoordinasikan upaya mereka untuk mendapatkan hasil yang diinginkan. Para pemimpin perlu memberdayakan tim dengan mendelegasikan tanggung jawab kepada mereka dan mereka berperan sebagai fasilitator dengan memastikan tim bekerja sama daripada melawan satu sama lain (Robbins & Judge, 2013). Kepemimpinan memengaruhi niat pelaporan insiden di organisasi kesehatan. Kepemimpinan keselamatan pasien dapat diberlakukan baik dalam pengawasan maupun manajemen puncak untuk mempromosikan perilaku keselamatan pasien dalam fasilitas pelayanan kesehatan (Jungbauer *et al.*, 2018).

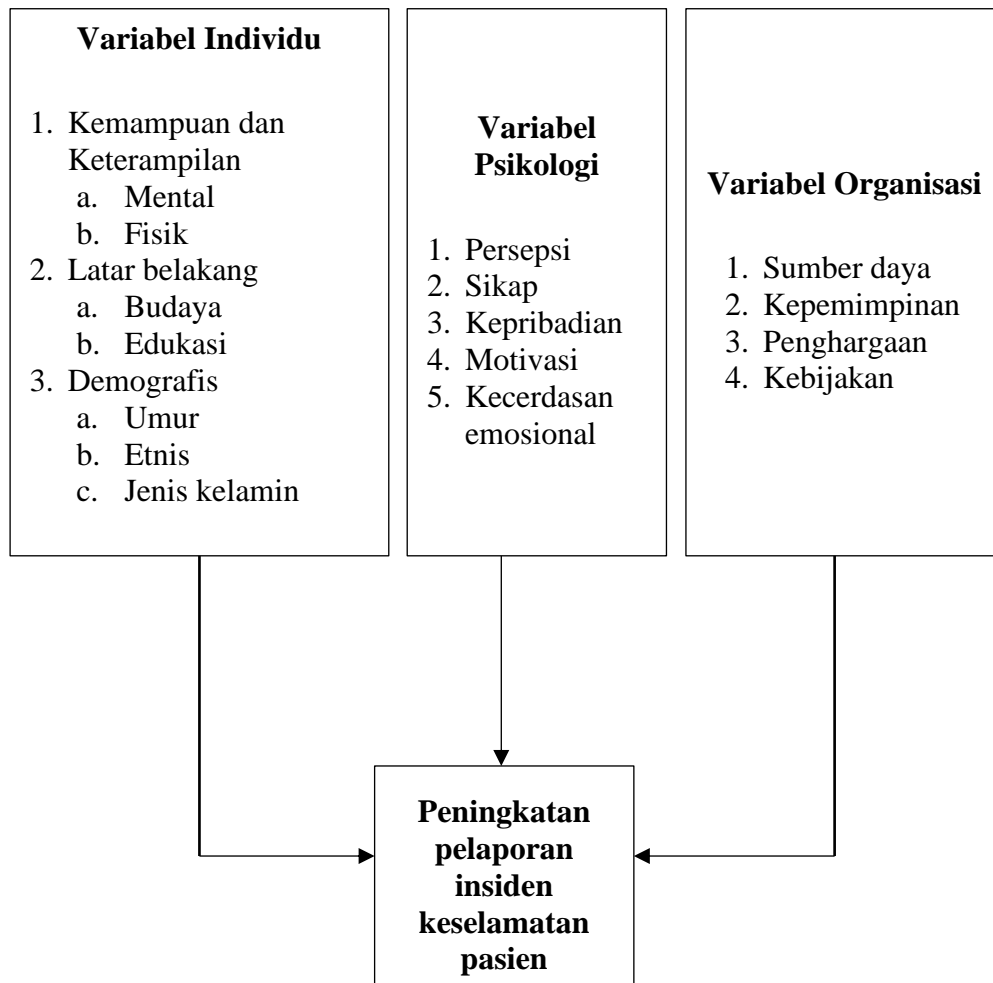
3. Penghargaan

Salah satu pengaruh paling kuat pada kinerja adalah sistem penghargaan organisasi yang mencerminkan kontribusi individu atau tim. Manajemen dapat menggunakan penghargaan untuk meningkatkan kinerja karyawan saat ini. Assesmen kinerja, gaji, kenaikan gaji, dan insentif adalah beberapa unsur penting penghargaan. Setiap karyawan mengharapkan adanya imbalan atas kinerjanya. Kinerja seseorang itu sendiri dapat menjadi bentuk penghargaan bagi orang tersebut terutama apabila kinerja mengacu pada rasa tanggung jawab, otonomi, dan makna. Imbalan intrinsik ini juga dilengkapi dengan imbalan ekstrinsik, yaitu apa yang dapat diberikan oleh organisasi, manajer, atau kelompok kepada seseorang dalam hal faktor moneter dan nonmoneter. Bentuk penghargaan yang menarik dan relevan sangat penting dan dapat menghasilkan kinerja tinggi (Gani *et al.*, 2020; Gibson *et al.*, 2011).

4. Kebijakan

Kebijakan adalah aturan tertulis yang merupakan keputusan formal organisasi, yang bersifat mengikat, yang mengatur perilaku dengan tujuan untuk menciptakan tata nilai baru. Kebijakan kesehatan adalah bagian dari institusi, kekuatan dari aspek politik yang memengaruhi kelompok individu pada tingkat lokal, nasional dan dunia (Arifin *et al.*, 2020). Di puskesmas, pengawasan, penilaian, pengendalian, tindak lanjut, dan perbaikan secara berkelanjutan terkait keselamatan pasien ditetapkan oleh kepala puskesmas. Kebijakan standar akreditasi puskesmas memasukkan pencapaian sasaran keselamatan pasien dan pelaporan insiden keselamatan pasien dalam penilaiannya. Pelaporan dilaksanakan sesuai kebijakan dan prosedur terhadap tim keselamatan pasien yang kemudian dilaporkan kepada KNKP dalam waktu yang ditentukan. Instrumen akreditasi puskesmas ini diterbitkan pada tahun 2021 (Kemenkes RI, 2021b).

2.6 Kerangka Teori



Gambar 2. Kerangka Teori (Gibson *et al.*, 2011).

2.7 Pertanyaan Penelitian

Faktor-faktor apa saja yang memengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien pada tenaga kesehatan di Puskesmas Raja Basa Indah dan Puskesmas Kemiling Kota Bandar Lampung?

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif. Pendekatan yang digunakan pada penelitian ini adalah pendekatan *case study*.

3.2 Tempat dan Waktu

Penelitian ini dilakukan di dua di Puskesmas Raja Basa Indah dan Puskesmas Kemiling Kota Bandar Lampung yaitu Puskesmas Raja Basa Indah dan Puskesmas Kemiling dari bulan Desember 2022 – Januari 2023.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh tenaga kesehatan yang bertugas di Puskesmas Raja Basa Indah dan Puskesmas Kemiling sebanyak 150 orang.

3.3.2 Informan

Informan dalam penelitian ini adalah tenaga kesehatan dan penanggung jawab keselamatan pasien di Puskesmas Raja Basa Indah dan Puskesmas Kemiling. Tenaga kesehatan fungsional yang menjadi informan sebanyak 15 orang, terdiri dari dua orang dokter, delapan orang perawat,

tiga orang apoteker, dan dua bidan, serta penanggung jawab (PJ) keselamatan pasien yang berprofesi sebagai dokter berjumlah 2 orang. Total informan dalam penelitian ini sebanyak 17 orang. Informan dipilih berdasarkan kriteria inklusi yaitu tenaga kesehatan yang bekerja minimal tiga bulan dan kriteria eksklusi yaitu tenaga kesehatan yang sedang sakit, cuti, atau menolak menjadi informan.

Teknik pengambilan informan yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*. Informan ditentukan dengan teknik penentuan *maximal variation sampling* yang merupakan teknik penentuan informan dengan memperbanyak variasi kriteria sehingga dapat mewakili seluruh kelompok. Dengan teknik ini, bisa didapatkan berbagai persepektif dari beberapa kelompok informan (Sugiyono, 2016).

3.4 Metode Pengumpulan Data

3.4.1 Jenis dan Sumber Data

Jenis data yang digunakan adalah data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui *in depth interview* dengan tenaga kesehatan yang menjadi informan penelitian. Data sekunder diperoleh dari laporan insiden keselamatan pasien yang ditulis oleh tenaga kesehatan di Puskesmas Raja Basa dan Puskesmas Kemiling.

3.4.2 Instrumen Penelitian

Instrumen utama dalam penelitian ini yaitu peneliti sendiri. Peneliti merupakan mahasiswa angkatan aktif tingkat keempat Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. Instrumen pertanyaan yang digunakan dalam *in depth interview* dengan tenaga kesehatan disusun berdasarkan literatur yang sesuai dan diskusi dengan dosen pembimbing.

Peneliti menggunakan perekam suara, buku catatan, serta *informed consent* sebagai alat bukti pengumpulan data.

3.4.3 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang dilakukan yaitu dengan metode *in depth interview*. *In depth interview* adalah metode wawancara yang bertujuan untuk menyelidiki ide pada informan tentang pelaporan insiden keselamatan pasien. Peneliti melakukan *in depth interview* kepada dokter, perawat, apoteker, bidan, dan PJ keselamatan pasien. Wawancara akan dilakukan dengan durasi masing-masing sekitar 45-60 menit.

3.5 Pengolahan dan Analisis Data

Analisis data dalam penelitian kualitatif akan berjalan seiring dengan bagian lain dari pengembangan penelitian kualitatif, yaitu pengumpulan data dan penulisan temuan. Sementara wawancara sedang berlangsung, misalnya, peneliti dapat menganalisis wawancara yang dikumpulkan sebelumnya, menulis memo yang pada akhirnya dapat dimasukkan sebagai narasi dalam laporan akhir, dan mengatur struktur laporan akhir. Langkah-langkah yang berlangsung yaitu sebagai berikut (Creswell, 2012):

a. Mengatur dan menyusun data untuk analisis tematik

Dalam tahap ini, proses yang dilakukan termasuk melakukan transkrip wawancara, memindai materi secara menyeluruh, mengetik catatan lapangan, menyortir, dan mengatur data sesuai dengan sumber informasi.

b. Membaca semua data

Langkah pertama ini memberikan pengertian umum tentang informasi dan kesempatan untuk merenungkan maknanya secara keseluruhan. Peneliti kualitatif dapat melihat gagasan umum yang dikatakan informan, nada

bicara informan, kesan kedalaman, dan kredibilitas informasi. Gambaran ide dari data visual dapat mulai terbentuk.

c. Koding semua data

Koding adalah proses pengorganisasian data dengan mengurung potongan teks atau segmen gambar dan menulis kata yang mewakili kategori di margin. Proses yang dilakukan melalui tahap mengelompokkan kalimat atau gambar ke dalam kategori dan memberi label kategori tersebut dengan istilah. Hasil dari koding akan membentuk gambaran dan tema.

d. Menghasilkan deskripsi latar atau orang serta tema untuk dianalisis

Deskripsi dilakukan dengan menyampaikan informasi secara mendetail tentang orang, tempat, atau peristiwa dalam suatu latar. Peneliti dapat menghasilkan kode untuk deskripsi ini. Dari kode juga didapatkan sejumlah kecil tema. Tema-tema ini muncul sebagai temuan utama dalam studi kualitatif.

e. Merepresentasikan hasil

Pendekatan yang paling sering digunakan oleh peneliti kualitatif adalah dalam bentuk naratif. Pembahasan yang disajikan bisa menyebutkan kronologi peristiwa, dan pembahasan detail beberapa tema dengan subtema, ilustrasi spesifik, berbagai perspektif dari individu, dan kutipan. Banyak peneliti kualitatif juga menggunakan visual, gambar, atau tabel sebagai pelengkap diskusi.

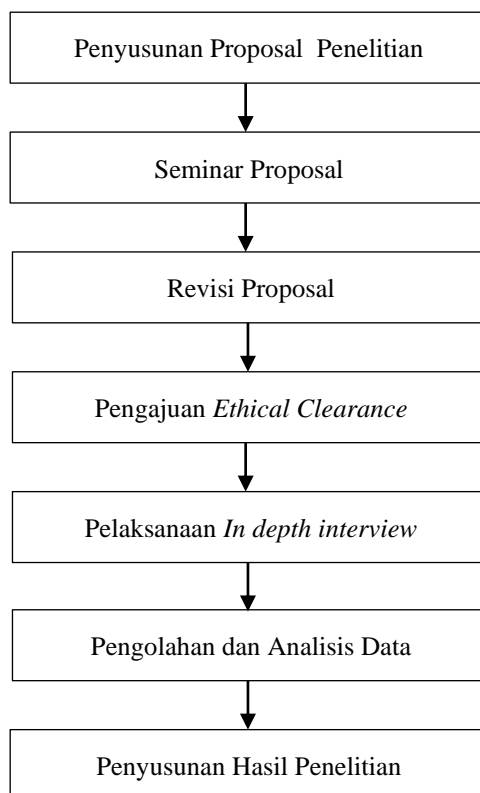
f. Interpretasi hasil

Interpretasi peneliti dapat berupa makna yang diperoleh dari perbandingan temuan penelitian dengan literatur atau teori dengan mengkonfirmasi informasi tersebut atau menunjukan hasil yang menyimpang. Sebagian besar peneliti juga membahas literatur di akhir penelitian.

3.6 Uji Validitas Data

Pada penelitian kualitatif, validitas berarti keakuratan hasil penelitian kualitatif berdasarkan penentuan apakah temuan tersebut akurat dari sudut pandang peneliti, informan, maupun pembaca. Adapun uji validitas data dalam penelitian ini menggunakan triangulasi. Triangulasi data adalah penggunaan berbagai sumber data untuk dapat mengkompensasi kelemahan data dengan kekuatan data lain sehingga meningkatkan validitas dan reliabilitas hasil (Sugiyono, 2016). Pada penelitian ini, dilakukan triangulasi pada sumber tenaga fungsional dan dua PJ keselamatan pasien. Selain itu, peneliti juga akan melakukan triangulasi data dari *in depth interview* dan laporan insiden keselamatan pasien pada aplikasi Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

3.7 Alur Penelitian



Gambar 3. Alur Penelitian.

3.8 Etika Penelitian

Etika pada penelitian ini dinyatakan dengan *ethical clearance* Nomor 4280/UN26.18/ PP.05.02.00/2022 yang diperoleh dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. *Informed consent* diberikan kepada informan sebelum proses pengambilan data. Kerahasiaan identitas informan dijamin pada penelitian ini.

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Pada penelitian ini telah didapatkan faktor-faktor yang memengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien pada tenaga kesehatan di Puskesmas Raja Basa Indah dan Puskesmas Kemiling Kota Bandar Lampung. Adapun kesimpulan yang didapatkan berdasarkan hasil *in depth interview* pada penelitian ini, yaitu:

- a. Faktor pendorong pelaporan insiden keselamatan pasien yaitu motivasi, sikap yang positif, dan adanya kebijakan tentang pelaporan insiden.
- b. Faktor penghambat pelaporan insiden keselamatan pasien yaitu kurangnya pemahaman terkait pelaporan insiden keselamatan pasien, fasilitas tidak memadai, tidak ada penghargaan, dan kurangnya sosialisasi dan pelatihan.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Puskesmas Raja Basa Indah dan Puskesmas Kemiling

Puskesmas dapat mendukung pelaporan insiden dengan meningkatkan sosialisasi dan pelatihan secara aktif kepada tenaga kesehatan, menyediakan fasilitas yang dibutuhkan seperti formulir laporan dan tautan atau *barcode* laporan *online* yang mudah diakses, memberikan penghargaan, dan memperkuat pemantauan terhadap jalannya kebijakan pelaporan insiden.

5.2.2 Bagi Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan dapat meningkatkan pemahaman tentang pelaporan insiden, mempertahankan motivasi yang baik, sikap yang positif, dan memaksimalkan pemanfaatan fasilitas yang ada untuk pelaporan sehingga program keselamatan pasien berjalan efektif.

5.2.3 Bagi Peneliti Lain

Peneliti lain dapat melakukan penelitian intervensi berdasarkan faktor-faktor yang memengaruhi pelaporan insiden pada tenaga kesehatan yang terdiri dari faktor penghambat dan faktor pendorong untuk mengoptimalkan pelaporan insiden keselamatan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Aaron M, Webb A, Luhanga U. 2020. A narrative review of strategies to increase patient safety event reporting by residents. *Journal of Graduate Medical Education*. 12(4): 415–424. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-19-00649.1>
- Abe HC, P Tuppal C. 2018. Patient safety goals' level of attainment in selected tertiary hospitals in manila, philippines: a preliminary study. *Nurse Media Journal of Nursing*. 8(1): 1–12.
- Abraham V, Meyer JC, Godman B, Helberg E. 2022. Perceptions of managerial staff on the patient safety culture at a tertiary hospital in south africa. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*. 17(1): 1–13. <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2066252>
- Al Hamid A, Malik A, Alyatama S. 2019. An exploration of patient safety culture in kuwait hospitals: a qualitative study of healthcare professionals' perspectives. *The International Journal of Pharmacy Practice*. 28(6): 617–625. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12574>
- Ali H, Ibrahim SZ, Al Mudaf B, Al Fadalat T, Jamal D, El-Jardali F. 2018. Baseline assessment of patient safety culture in public hospitals in kuwait. *BMC Health Services Research*. 18(158): 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2960-x>
- Amarneh BH, Al Nobani F. 2022. The influence of physician-nurse collaboration on patient safety culture. *Heliyon*. 8(9): 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e10649>
- Archer S, Thibaut BI, Dewa LH, Ramtala C, D'Lima D, Simpson A, Murray K, Adam S, Darzi A. 2020. Barriers and facilitators to incident reporting in mental healthcare settings: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 27(3):211–223. <https://doi.org/10.1111/jpm.12570>
- Arifin S, Rahman F, Wulandari A, Anhar VY. 2020. *Buku ajar: dasar-dasar manajemen kesehatan*. Banjarmasin: Pustaka Banua.

- Badan Pusat Statistik. 2022. Statistik indonesia: statistical yearbook of indonesia 2022.
- Carlford S, Öhrn A, Gunnarsson A. 2018. Experiences from ten years of incident reporting in health care: a qualitative study among department managers and coordinators. *BMC Health Services Research*. 18(1): 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2876-5>
- Creswell J. 2012. *Education research, planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research*. Edisi ke-4. Pearson.
- Dhamanti I, Leggat S, Barraclough S. 2020. Practical and cultural barriers to reporting incidents among health workers in Indonesian public hospitals. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 13: 351–359. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S240124>
- Dhamanti I, Leggat S, Barraclough S, Tjahjono B. 2019. Patient safety incident reporting in Indonesia: an analysis using World Health Organization characteristics for successful reporting. *Risk Management and Healthcare Policy*. 12: 331–338. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S222262>
- Djibran F, Asi LL, Podungge R. 2022. Pengaruh fasilitas kerja terhadap kinerja tenaga kesehatan pada rumah sakit umum banggai laut. *Jambura: Jurnal Ilmiah Manajemen dan Bisnis*. 5(3): 1072–1076. <https://doi.org/10.37479/jimb.v5i3.18136>
- Elliott R, Fry M. 2021. Psychological capital, well-being, and patient safety attitudes of nurses and midwives: a cross-sectional survey. *Nursing & Health Sciences*. 23(1): 237–244. <https://doi.org/10.1111/nhs.12808>
- England NHS. 2022. Monthly data on patient safety incident reports. National Reporting and Learning System (NRLS). Tersedia di: <https://www.england.nhs.uk/patient-safety/monthly-data-patient-safety-incident-reports/>
- Fahmi Z. 2021. Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja tenaga kesehatan di UPT Puskesmas Karang Intan 1 Kabupaten Banjar tahun 2021 [tesis]. Banjarmasin: Universitas Islam Kalimantan.
- Gani NA, Utama RE, Priharta A. 2020. *Perilaku organisasi*. Jakarta: Mirqat.
- Gibson JL, Ivancevich JM, Donnelly JH, Konopaske R. 2011. *Organization: behavior, structure, processes*. Edisi ke-14. New York: McGraw-Hill.

- Gusman Y. 2017. Pelaporan eksternal insiden keselamatan pasien di rs dan evaluasinya. Workshop Keselamatan Pasien RS Se-Provinsi Kalimantan Selatan; 2017 Maret 22; Banjarmasin. Indonesia.
- Habibah T, Dhamanti I. 2020. Faktor yang menghambat pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit: literature review. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 9(4): 449–460. <https://doi.org/10.25077/jka.v9i4.1460>
- Herikurniawan. 2020. Patient safety and international patient safety goals (ipsgs) in the field of respirology. *Indonesian Journal of Chest*. 7(1): 7–10.
- Hindmarsh J, Holden K. 2022. The electronic prescribing of subcutaneous infusions: a before-and-after study assessing the impact upon patient safety and service efficiency. *International Journal of Medical Informatics*. 163. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104777>
- Iqbal M, Fachrin SA, Saleh LM. 2020. Hubungan antara pengetahuan, sikap dan kualitas kerja dengan kinerja perawat dalam penerapan sistem keselamatan pasien di rsud sinjai tahun 2020. *Journal of Aafiyah Health Research (JAHR)*. 1(2): 44–57. <https://doi.org/10.52103/jahr.v1i2.238>
- Jember A, Hailu M, Messele A, Demeke T, Hassen M. 2018. Proportion of medication error reporting and associated factors among nurses: a cross sectional study. *BMC Nursing*. 17(1): 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0280-4>
- Jenita A, Arief YS, Misbahatul E. 2019. Factor analysis related to the incident reporting of patient safety incident. *Fundamental and Management Nursing Journal*. 2(1): 7–15. <https://doi.org/10.20473/fmnj.v2i1.12341>
- Jungbauer K-L, Loewenbrück K, Reichmann H, Wendsche J, Wegge J. 2018. How does leadership influence incident reporting intention in healthcare? a dual process model of leader–member exchange. *German Journal of Human Resource Management*. 32(1): 27–51. <https://doi.org/10.1177/2397002217745315>
- Katoue MG, Somerville SG, Barake R, Scott M. 2021. The perceptions of healthcare professionals about accreditation and its impact on quality of healthcare in kuwait: a qualitative study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 27(6): 1310–1320. <https://doi.org/10.1111/jep.13557>
- Kemenkes RI. 2021a. Petunjuk teknis penggunaan aplikasi laporan insiden keselamatan pasien di puskesmas. Jakarta: Kemenkes RI.

- Kemendes RI. 2021b. Instrumen akreditasi edisi 2 tahun 2021. Lampung Selatan: Dinas Kesehatan Lampung Selatan.
- KKPRS. 2015. Pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (ikp) (patient safety incident report). Jakarta: KKPRS
- KNKPRS. 2022. Laporan insiden keselamatan pasien rumah sakit (patient safety report). Tersedia di: <https://sirs.yankes.kemkes.go.id/sp2rs/contact.php>
- Krissita NPAA, Suarjana IK. 2022. Gambaran pengetahuan, sikap, motivasi, dan supervisi pada perawat dalam pelaksanaan keselamatan pasien (patient safety) di instalasi rawat inap rsud sanjiwani gianyar. *Archive of Community Health*. 9(3): 425–438.
- Miranda A. 2019. Pengaruh motivasi terhadap kinerja tenaga kesehatan di pusat kesehatan masyarakat tengalembang kecamatan sinjai barat kabupaten sinjai [skripsi]. Makassar: Universitas Muhammadiyah Makassar.
- Misnaniarti M, Destari PK. 2018. Aspek penting akreditasi puskesmas dalam mendukung implementasi jaminan kesehatan nasional. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*. 2(1): 10–16. <https://doi.org/10.22435/jpppk.v2i1.35>
- MoH Malaysia. 2021. Mpsg: malaysian patient safety goals annual report 2021.
- Mohamed MFH, Abubeker IY, Al-Mohanadi D, Al-Mohammed A, Abou-Samra A-B, Elzouki A-N. 2021. Perceived barriers of incident reporting among internists: results from hamad medical corporation in qatar. *Avicenna Journal of Medicine*. 11(3): 139–144. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1734386>
- Mousavi-Roknabadi RS, Momennasab M, Askarian M, Haghshenas A, Marjadi B. 2019. Causes of medical errors and its under-reporting amongst pediatric nurses in iran: a qualitative study. *International Journal for Quality in Health Care*. 31(7): 541–546. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy202>
- Naome T, James M, Christine A, Mugisha TI. 2020. Practice, perceived barriers and motivating factors to medical-incident reporting: a cross-section survey of health care providers at mbarara regional referral hospital, southwestern uganda. *BMC Health Services Research*. 20 (276): 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05155-z>
- Paramita DA, Arso SP, Kusumawati A. 2020. Faktor-faktor yang berhubungan dengan motivasi perawat dalam pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit x kota semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Undip)*. 8(6):

724–730. <https://doi.org/10.14710/jkm.v8i6.28217>

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11, Pub. L. No. 11, Kemenkes RI. 2017.

Robbins SP, Judge TA. 2013. *Organizational behavior*. Edisi ke-15. Boston: Pearson.

Simas RSU, Faridah I, Winarni LM. 2022. Hubungan tingkat pengetahuan dan sikap dengan penerapan keselamatan pada pasien di rsud kota tangerang. *Jurnal Kesehatan Panrita Husada*. 7(1): 37–52. <https://doi.org/10.37362/jkph.v7i1.715>

Sugiyono. 2016. *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan r.d*. Bandung: Alfabeta.

Titis S, Isnaeni Y. 2014. Hubungan motivasi kerja perawat dengan mutu pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap penyakit dalam rsud panembahan senopati bantul yogyakarta [skripsi]. Yogyakarta: STIKES Aisyiyah Yogyakarta.

Usman U. 2016. Analisis kinerja tenaga kesehatan pada puskesmas lapadde kota parepare. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*. 12(1): 21–28. <https://doi.org/10.30597/mkmi.v12i1.549>

WHO. 2020. *Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance*. Geneva: World Health Organization.

WHO. 2021. *Global patient safety action plan 2021–2030 : towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva: World Health Organization.

Yalew ZM, Yitayew YA. 2021. Clinical incident reporting behaviors and associated factors among health professionals in dessie comprehensive specialized hospital, amhara region, ethiopia: a mixed method study. *BMC Health Services Research*. 21 (1331): 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07350-y>

Yuan CT, Dy SM, Yuanhong Lai A, Oberlander T, Hannum SM, Lasser EC, Heughan J-A, Dukhanin V, Kharrazi H, Kim JM, Gurses AP, Bittle M, Scholle SH, Marsteller JA. 2022. Challenges and strategies for patient safety in primary care: a qualitative study. *American Journal of Medical Quality*. 37(5): 379–387. <https://doi.org/10.1097/jmq.0000000000000054>

Yuksel O. 2021. Comparison of healthcare system performances in oecd countries.
International Journal of Health Services Research and Policy. 6(2):251–261.
<https://doi.org/10.33457/ijhsrp.935170>